

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 29

LE
MÉDECIN DE BATAILLON
D'INFANTERIE
EN CAMPAGNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GASTON MARTY

Médecin aide-major de 1^{re} Classe

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à St-Vincent-de-Connezac (Dordogne)



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1919

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 29

LE
MÉDECIN DE BATAILLON
D'INFANTERIE
EN CAMPAGNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

GASTON MARTY

Médecin aide-major de 1^{re} Classe

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à St-Vincent-de-Connezac (Dordogne)



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	}	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologique	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique.....	}	DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		X.
Pharmacologie.....	}	ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND—	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR.	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
VORON.	CADE	PIÉRY	chargé des fonctions
NOGIER.	ARLOING (F.)	COTTE	
LATARGET	GUILLEMARD		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r COURMONT

Prof^s agrégés : MM. MOREL, MOURIQUAND, CADE

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*« Je dédie ce bien faible hommage de
ma respectueuse affection en même
temps que de ma profonde reconnais-
sance pour la tendre sollicitude dont
ils m'ont constamment entouré et
pour l'infinie bonté avec laquelle ils
m'ont toujours guidé. »*

A MA SOEUR

*« En témoignage de ma très grande af-
fection. »*

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

*« Qui me fut un vivant exemple de
charité. »*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON GRAND ONCLE

LE DOCTEUR P. POURTEYRON

MON PREMIER MAITRE

A MON ONCLE

LE LIEUTENANT-COLONEL BARBANCEY

DU 50^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon

« Nous dédions ce modeste travail en remerciement de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse et de l'accueil si bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui. »

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHAIX

CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

« Que ces pages soient un témoignage de notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous venir en aide et nous communiquer le fruit de ses recherches. »

A MONSIEUR LE MEDECIN INSPECTEUR SIMONIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

« En le priant de vouloir bien trouver ici notre hommage reconnaissant pour le charmant accueil qu'il nous a fait et pour la bienveillance avec laquelle il nous a conseillé lorsque nous lui avons soumis l'idée de ce travail. »

A MES JUGES

A LA MEMOIRE DE MES DEUX AMIS

LE LIEUTENANT P. BÉNITÉ

du 122^e Régiment d'Infanterie.

et E. RIVALS, du 83^e Régiment d'Infanterie,
tombés au champ d'honneur

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE,
DES G. B. D. 1, 85, 121,

DÉS 316^e ET 264^e RÉGIMENTS D'INFANTERIE

tombés au champ d'honneur

A MES CHEFS

ET EN PARTICULIER A LA MÉMOIRE

DU MÉDECIN-MAJOR DURAND,

tombé au champ d'honneur

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE BORDEAUX, DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE,

DES G. B. D. 1, 85, 121

DES 316° ET 264° RÉGIMENTS D'INFANTERIE

A MES BRANCARDIERS ET INFIRMIERS

DU 4° BATAILLON DU 264° RÉGIMENT D'INFANTERIE

A MES AMIS

INTRODUCTION

« Le *moi* est haïssable », a dit un philosophe. Notre modeste travail s'éloignera le moins possible de cette maxime, et si nous sommes parfois obligés de l'enfreindre, nous nous en excusons par avance.

Nous n'avons retenu, en effet, d'une longue participation directe à la médecine de bataillon qu'une légitime fierté des services qu'elle peut rendre et, si nous envisageons quelques modalités nouvelles dans le rôle du médecin de bataillon, ce n'est pas sans un désir sincère et désintéressé d'apporter notre faible témoignage à l'œuvre accomplie. Les suggestions qu'on voudra bien nous permettre de présenter s'inspirent uniquement de l'intérêt qu'il pourrait y avoir à définir et délimiter, si possible, ce rôle dans tous les domaines de la médecine, comme dans ceux de l'hygiène. Notre jeune expérience nous défend d'y apporter un esprit critique, mais notre ardente préoccupation des soins à assurer aux combattants nous autorisera sans doute à rechercher le mieux, qui n'est pas toujours l'ennemi du bien.

Nous avons l'espoir qu'on voudra bien nous excuser de ne pas présenter une thèse purement médicale, mais nous avons pensé que les choses de la guerre, quand elles touchent le rôle du médecin de 1^{re} ligne, ne sont ni étrangères à la médecine, ni indifférentes au corps médical.

Sous notre titre, nous voulons tout d'abord que l'on ne s'attende pas à trouver une étude complète. Tant de champs d'action, et si divers, s'ouvrent journellement au médecin de bataillon, que certes plusieurs volumes ne suffiraient pas à fixer dans les détails le rôle de celui qui, tout à l'avant, parfois isolé, assume la lourde responsabilité des quelques six cents vies humaines dont il a la garde.

Laissant courir notre plume sous la dictée des souvenirs, nous nous sommes simplement proposé de retracer ici les plus grandes questions qui se sont posées pendant cette guerre à l'esprit de ceux qui devaient à la fois « prendre soin de la santé de leurs hommes, leur procurer le minimum d'inconfort par le maximum d'hygiène, assurer le plus rapidement et le mieux possible les pansements et l'évacuation de leurs blessés ».

Toutes les questions relatives à l'hygiène ont été fort complètement traitées déjà par le Médecin aide major Dalidet, dans sa thèse de Lyon 1918, et nous nous contenterons le plus souvent d'y renvoyer. Les diverses circulaires ministérielles ou du G. Q. G. parues depuis 1914 ont également fixé bien des points, et nous n'y reviendrons que fort rapidement pour mémoire.

« Mais alors, s'écriera-t-on, que reste-t-il et que vont donc renfermer ces quelques pages ? Sera-ce un traité de déontologie, sera-ce une compilation de notes officielles et d'articles de règlement du Service de Santé en campagne ? » — Nous nous hâtons de répondre : non. Si nous avons été conduit à écrire ces lignes, c'est que, avec tous ceux qui ont vécu à l'avant ces années de guerre, nous avons fait l'expérience qu'il n'y avait pas eu une médecine de bataillon, mais bien *des* médecins de bataillon. Ce manque d'unité de vues et souvent d'efforts ne s'expliquait que trop par la situation même du médecin dans l'armée, son « assimilation », l'absence d'action seulement de par son grade et ses fonctions elles-mêmes. Il y a eu des médecins de bataillon : les uns ont su s'imposer au commandement, qui ont trouvé là une aide constante comprenant la nécessité de la liberté absolue de l'action médicale dans un domaine bien défini et où, seul, le médecin était capable de se mouvoir utilement. De ceux-là, l'œuvre a été féconde. D'autres ont eu affaire à un commandement qui les laissait agir à leur guise, parmi lesquels les plus actifs ont marqué leur place pour le bien de leurs hommes, et les plus calmes, rebutés d'avance par les difficultés et le manque de moyens, se sont cantonnés dans la partie exclusivement clinique de leur rôle, négligeant ainsi des obligations qui, pour sembler des à-côtés, et ne pas être fixées par des règlements, n'en étaient pas moins capitales. Et de toutes ces divergences de vues et d'action sont éclos des résultats prouvant la nécessité d'une médecine

cine de bataillon régie par des règles formelles, mais lesquelles règles ne pourront être appliquées qu'autant que le médecin aura, dans son département sanitaire, la même autorité, les mêmes pouvoirs que n'importe quel autre chef dans son unité.

Ce bref exposé de souvenirs se ressentira du manque de documents. Nous espérons toutefois qu'on voudra bien nous pardonner quand nous aurons dit que tous les matériaux, réunis en vue de cette thèse, ont dû être détruits par nous au moment où nous avons été fait prisonnier, le 27 mai 1918. Depuis, nous ne nous sommes guère servi pour notre travail que de notre mémoire, malheureusement fort infidèle.

Nous inspirant des fruits que l'expérience a laissé tant à nous-mêmes qu'aux camarades aux côtés desquels nous combattions, nous envisagerons donc très succinctement les principales circonstances où varie le rôle du médecin de bataillon, et pour ce faire nous suivrons le bataillon en tranchée et en secteur calme, puis en attaque, dans la guerre de mouvement, et enfin au repos. Nous signalerons bien franchement les erreurs que nous avons vues comme les améliorations que nous avons constatées.

Si nous avons pu faire parfois nous-mêmes l'épreuve de quelques conceptions que l'on trouvera dans ce travail, nous tenons avant tout à en remercier ici les chefs ou les camarades de régiment qui nous ont rendu la tâche facile en nous laissant agir dans notre domaine, et en aidant souvent à nos moyens si faibles dans la mesure de leur pouvoir. Ces pages

leur seront un témoignage de reconnaissance pour cette collaboration.

Mais avant de commencer cet aperçu où vit à chaque ligne le souvenir de ceux qui partagèrent avec nous les noires heures des échecs, les lourdes heures de la tranchée, les heures graves et rouges des attaques, les heures enfiévrées des avances, que l'on nous permette d'envoyer notre hommage ému tout particulièrement aux vaillants camarades tombés, là-bas, au champ d'honneur, et qui, eux, n'ont pas eu la suprême consolation de la victoire, de la France délivrée, récompense et but de leurs sacrifices. A tous ceux-là qui sont morts en héros, officiers de compagnie, soldats, ou bien humbles médecins de bataillons, que notre salut soit aussi notre profond remerciement pour le suprême et sublime exemple de bravoure et de dévouement qu'ils nous ont donné.

CHAPITRE PREMIER

Le bataillon en tranchées et en secteur dit calme

Ce soir le bataillon est monté en tranchées. La nuit était noire, comme trop souvent, hélas ! et dans la matinée l'aide-major, accompagné de son caporal brancardier, avait, avec le commandant, fait la reconnaissance du nouveau secteur et des chemins qui y mènent. Malgré cela, malgré l'homme de liaison demandé au bataillon relevé, ce n'est pas sans peine que le petit groupe du service de santé a retrouvé sa route. Le voilà enfin descendant en file indienne dans l'abri où se devine un faible rais de lumière. Il traîne avec lui l'encombrant et lourd matériel qu'au prix d'épuisants efforts, il a transporté depuis le point-limite où vient de le déposer la voiture médicale. Car, si à quelques secteurs sont affectés des petits ânes d'Afrique, il n'a jamais été donné, je crois, au Service de Santé d'en profiter. De combien d'hommes pourtant dispose le médecin de bataillon pour ses transports, pour sa relève ? De six, y compris le

caporal infirmier, le caporal brancardier et le cycliste ; de six hommes qui, outre les sacs, musettes et équipements personnels, ont amené les paniers de pansements, de médicaments, les sacs d'appareils à fractures, les brancards, les tissots, les masques de réserve, les vêtements imperméables de protection contre les gaz. Mais, dira-t-on, comment cela a-t-il été possible ? — Eh ! bien, c'est simple, ils ont refait plusieurs fois le trajet, ils ont trébuché, à tâtons, pendant plusieurs heures, dans les boyaux et sur les pistes, trop heureux encore si l'un d'eux ne s'est pas égaré, ou s'ils n'ont pas été arrêtés longtemps par un barrage ou par l'interminable défilé d'une compagnie.

Mais laissons ces détails, quelque importance qu'ils aient, et prenons le médecin de bataillon, qui, les consignes passées (et quelles consignes, la plupart du temps !) est en possession de son nouveau secteur. Ce dernier est calme, c'est-à-dire que l'hygiène va se trouver la dominante des préoccupations du médecin. Renvoyant pour les détails à la thèse de M. A.-M. Dalidet, nous ne reviendrons donc, et très succinctement, au cours de ce chapitre, que sur les points essentiels, impossibles à passer sous silence.

ORGANISATION DU SECTEUR

Qui dit secteur calme ne dit pas toujours secteur organisé. Et le médecin de bataillon se trouvera tout d'abord en présence de deux cas :

- a) Soit un secteur neuf, et il lui faudra continuer

les travaux à peine ébauchés par son prédécesseur. Il creusera, ou construira un poste de secours, il établira les postes et relais des brancardiers de compagnie, il choisira et aménagera des pistes d'évacuation ;

b) Soit un secteur organisé, et il devra améliorer le P. S. déjà existant, faire entretenir les postes des brancardiers et leurs relais, perfectionner les voies d'évacuation. Pour cette tâche, il lui faut tout son monde. Il est indispensable que lui, et lui seul, règle le travail de ses hommes, car il ne doit, la plupart du temps, user que de ses propres moyens, et combien faibles. On lui accordera peut-être pour des travaux urgents un ou deux pionniers moniteurs ; mais c'est, en règle générale, à peu près tout ce sur quoi il doit compter. Et là se dresse l'éternelle question délicate, celle de son commandement, de son autorité effective et définie. Si le médecin n'a pas seul autorité sur ses hommes, si un commandant de compagnie dispose, comme cela s'est vu souvent, des brancardiers de sa compagnie pour des corvées ou des travaux dans son secteur, comment veut-on qu'à des sanitaires qui ont déjà fourni le même effort que leurs camarades combattants qui ont comme eux les corvées de soupe et, en place de la garde, les corvées d'assainissement, comment veut-on que l'on puisse leur demander en outre un travail sérieux et soutenu, s'ils sont commandés par deux chefs, dont les ordres se surajoutent en s'ignorant parfois les uns les autres. C'est pourquoi étaient excusables les médecins

qui, dans certains corps de troupe, laissaient des secteurs inexistants au point de vue sanitaire, puisque là les brancardiers étaient effectivement employés par les commandants de compagnies. Et je ne parle pas des évacuations qui, après le pénible travail de la pelle et de la pioche, faisaient de ces soldats, considérés comme oisifs par une habitude inexplicable, ceux qui avaient souvent le plus dur labeur. L'effectif sanitaire d'un bataillon est en effet trop réduit, même pour un secteur calme. Il n'a pu être employé utilement que par l'adjonction d'équipes de musiciens envoyés par le médecin-chef. Que sera-ce alors si plusieurs en disposent en même temps ?

Dans certains endroits, les grands travaux d'aménagement sanitaire (construction de boyaux, postes de secours, relais, etc.) étaient faits par des sections que le G. B. D. envoyait quotidiennement au travail. Dans la région de V.-s.-A.-N., nous leur avons vu donner un bon rendement. Cette pratique semblerait bonne à généraliser tant que le génie du Service de Santé, dont on a parlé depuis longtemps, n'existera qu'à l'état de projet.

PROTECTION CONTRE LES GAZ

Une autre question primordiale retient l'attention du médecin dès son arrivée en secteur. Là encore nous nous trouvons en présence d'une pluralité de décisions et de commandement. En repassant rapidement la manière dont a été comprise la défense

d'un secteur contre les gaz, nous voyons qu'en 1916 ce service était attribué au médecin de bataillon. Il prenait toutes dispositions utiles dans la tranchée, dans les abris, surveillait le matériel de protection et en dressait des listes dont chaque compagnie avait un exemplaire dans ses consignes et pour son secteur, et dont la totalité figurait au dossier du chef de bataillon, qui en était responsable. Depuis, le mode d'application a varié par l'institution des officiers gaziers de régiment et de bataillon.

a) Dans certains corps, le Service de Santé continua à s'occuper de cette défense, et les officiers gaziers, qui pour la plupart commandaient toujours leur section et n'avaient point le temps suffisant pour une autre attribution, faisaient simplement les demandes d'appareils ou de matériel.

b) Ailleurs, le Service de Santé n'eut plus à intervenir que comme conseiller technique, c'est-à-dire que le rôle du médecin se bornait à assister aux séances dans la chambre à gaz où passaient successivement les compagnies.

c) Enfin une troisième interprétation consistait à charger de ce service le pharmacien du régiment.

Il nous a été donné de voir fonctionner les trois méthodes. Et nous n'hésitons pas à dire que le médecin peut fort bien à lui seul, et lui seul, assumer cette tâche. Mais il faudrait pour cela que l'équipe de désinfection, instituée dans chaque bataillon, ne fût pas morcelée dans les compagnies, et difficile à réunir soit en cas de besoin, soit pour son instruc-

tion technique ; et ne trouverait-on pas une heureuse solution en versant cette équipe à l'effectif du Service de Santé du bataillon ?

Envisageons la question sous le jour suivant :

Le médecin de bataillon est seul chargé de la défense anti-gaz et en est seul responsable. Il lui faut tout d'abord faire aménager à cet effet tous les abris de son secteur. On a essayé durant cette guerre bien des systèmes de protection d'abris, depuis la simple toile de tente hyposulfitée jusqu'aux triples panneaux ajustés avec des taquets. Nous avons employé ou vu employer à peu près tous les genres. Un seul nous a semblé répondre le mieux aux deux conditions : protéger l'intérieur de l'abri tout en permettant d'y entrer et d'en sortir sans danger pour les occupants. Il consiste à créer, par trois séries de rideaux, deux tambours successifs à chacune des entrées. Les panneaux, fixés par taquets au moment de l'alerte, sont peut-être plus occlusifs, mais présentent le défaut (surtout pour les P. S. et P. C.) de laisser pénétrer à chaque arrivant beaucoup plus de gaz que les deux rideaux se recouvrant l'un l'autre aux trois quarts, fixés en haut et sur les côtés par des couvre-joints, libres seulement par leurs parties intérieures et inférieures. Ces deux rideaux seront plus longs que la hauteur de l'entrée, de telle manière que 20 centimètres d'étoffe traînent à terre et soient maintenus à son contact par des plombs ou des poids cousus dans l'ourlet. L'arrivant se glisse entre les deux rideaux sans les soulever, et ceux-ci, préalablement imbibés d'une solution hyposulfitée

ou bicarbonatée, s'accolent à nouveau après le passage de l'homme.

Dans le premier tambour, derrière par conséquent ces premiers rideaux, se trouve un homme qui, revêtu de son équipement anti-gaz, de son masque, pourvu d'un Vermorel, veille à l'occlusion des rideaux, à la neutralisation du gaz qui passerait, fait quitter leurs sur-vêtements imperméables aux entrants on les arrose avec la solution hyposulfitée. Ceux-ci n'étant plus nocifs, continuent par le second tambour, ou tambour de sûreté.

Le même dispositif peut être utilisé pour le P. S. avec cette différence que sur le premier tambour on branche :

a) Une petite salle de déshabillage où le gazé est dépouillé entièrement de ses vêtements et de son linge ;

b) Une autre salle où il est lavé dans une cuve avec de l'eau tiède bicarbonatée. Il est envoyé ensuite, par le deuxième tambour, dans la salle de pansement, où on lui donne les soins nécessaires. Puis il ressort par l'autre entrée, muni à nouveau de linge, de vêtements et recouvert d'un ajustement imperméable pris à la réserve du P. S.

Il est essentiel, avec l'évolution de la guerre actuelle et le très fréquent emploi de l'ypérite, d'avoir à son P. S. un nombre suffisant de collections de linge et d'effets de rechange en même temps que de survêtements imperméables. La dernière chose est ce qui a le plus manqué,

De tout cela il ressort que le *P. S. de secteur organisé* doit être composé :

- a) D'une salle de déshabillage pour gazés ;
- b) D'une salle de lavage avec grande cuve et réchaud à alcool solidifié ;
- c) D'une salle de pansements ;
- d) Des salles de logement pour le personnel et le médecin, si possible.

Ce dispositif était employé dans notre régiment secteur A. P. (Aisne).

Mais pour le fonctionnement parfait de ce *P. S.*, il faut un personnel dressé. Le médecin aura préalablement, durant les périodes de repos, fixé le rôle de chaque brancardier ou infirmier, et le personnel réduit que le médecin a avec lui suffira à peine à discipliner et à contenir l'affluence affolée des gazés dans les bombardements sérieux.

La garde aux gaz nous a été un exemple de la nécessité de voisinage immédiat entre le *P. S.* et le *P. C.* de bataillon, tant pour les renseignements que pour cette surveillance continue qui prend encore, sans cela, un homme à notre effectif sanitaire.

Mais lorsque le *P. S.* sera bien protégé contre les gaz, lorsque tous les abris auront été munis des rideaux nécessaires, la défense du secteur ne sera pas encore complète. Il faudra prévoir pour chaque groupement d'abris (section), pour chaque abri isolé une petite réserve de chlorure de chaux bicarbonatée que le chef de section ou, à son défaut, le

gradé commandant la fraction isolée, fera immédiatement, après un bombardement, répandre devant les entrées de ses abris, et, si possible, dans les trous d'obus suspects avoisinant ses emplacements. Ceci a été prévu par une note du G. Q. G. et permet d'attendre la désinfection plus complète faite par l'équipe spéciale (créée en 1918) que le médecin aura préalablement instruite. L'idée est excellente de cette fraction technique qui, partant du P. S. après avoir revêtu ses vêtements imperméables, agira sur tout le secteur de bataillon avec, si besoin est, adjoints à elle, quelques brancardiers de supplément. Mais nous avons dit qu'il serait désirable de la voir définitivement affectée au Service de Santé.

Nous ne reviendrons pas sur la protection individuelle des hommes ; nous dirons seulement que le dernier masque en usage (A. R. S.) nous a, particulièrement pour les brancardiers, rendu de gros services, facilitant leurs transports parce que la respiration y était peu gênée. Cependant, les tissots (P. et G.), très pratiques par leur durée et leur facilité respiratoire, sembleraient devoir devenir un matériel de secteur supérieur aux Drøger, ou autres appareils employés, et utilisables particulièrement dans les abris, pour les cas d'une protection devenue insuffisante.

FEUILLÉES

Les feuillées d'un secteur sont un autre point important et dont trop souvent on s'est désintéressé.

D'aucuns prétendaient que ce n'était pas leur rôle et d'autres auraient cru s'abaisser en les inspectant fréquemment. Laissées alors aux soins du caporal brancardier ou des compagnies, les feillées étaient parfois dans un état de saleté repoussante et les hommes s'isolaient un peu partout pour ne pas subir le supplice respiratoire de cet amas d'immondices, où régnaient en maîtresses, durant l'été, des nuées de grosses mouches.

Qu'on nous permette ici de relater rapidement la manière dont nous avons compris la question. Le médecin s'occupait seul des feillées de son secteur. Nous ne reviendrons pas sur le modèle, il est semblable à celui décrit par le M. A.-M. Dalidet. Ces feillées étaient creusées par les brancardiers, et si besoin était, une corvée était demandée aux compagnies intéressées. Elles étaient numérotées, et leur emplacement reporté sur le plan de secteur du médecin de bataillon. Chaque infirmier de compagnie, avec auprès de lui une petite réserve de chlorure de chaux ou d'huile lourde de houille, était chargé de faire assurer leur désinfection journalière par les brancardiers de sa compagnie. Tous les jours une ronde était faite tantôt dans une compagnie, tantôt dans une autre, par le caporal brancardier, et le médecin de bataillon, chacun de son côté. Je signalais en rentrant au caporal le numéro des feillées sales, ou de celles qui devaient être comblées et remplacées. La surveillance était ainsi excessivement facile et complète. La même méthode était appliquée aux trous à ordures : numérotage, indication sur le plan. De

telle sorte que les successeurs savaient où se trouvaient les anciennes feillées, ou trous à ordures, et ne risquaient pas d'en creuser de nouvelles à la même place, ou de commencer une entrée d'abri ou un relai à proximité. On arrivait ainsi à avoir un secteur propre, à peu près dépourvu de mauvaises odeurs.

L'expérience nous ayant conseillé, nous faisions autant que possible, camoufler ou couvrir nos feillées, ainsi que leurs boyaux d'adduction, car, outre les raisons de confort, les feillées découvertes étaient souvent peu sûres par le fait que l'ennemi les confondait avec des emplacements de mitrailleuses et les bombardait fréquemment. Pour la construction de la feillée, c'était le classique boyau de branchement suffisamment long pour permettre l'établissement successif d'un côté de plusieurs feillées, de l'autre des trous à ordures.

AUTRES QUESTIONS D'HYGIÈNE

La lutte contre les agents atmosphériques a fait l'objet de bien des circulaires tant au point de vue vêture des hommes que moyens prophylactiques applicables au secteur lui-même (assainissement des boyaux et abris) ou aux individus (gelure des pieds). (Circulaires 6271, G. Q. G., 27 novembre 1914 ; 6.301/5, 9 octobre 1915 ; 1835/5, 31 janvier 1916 ; 7.734/D. A., 8 septembre 1917).

Pour toutes ces questions, comme pour celle du péril de l'eau, nous prions de se rapporter au travail

du M. A.-M. Dalidet, qui a bien traduit ce que l'on peut faire à ce sujet. Nous avons constaté que les hommes, dans les secteurs dépourvus d'eau de source, s'habituèrent bien à l'eau javalisée, la meilleure et la plus pratique stérilisation à ce qu'il nous a semblé. Dans notre secteur nous chargions notre caporal infirmier de la javellisation et de la surveillance des tonneaux et pancartes.

EVACUATIONS

Etudions maintenant les évacuations, que ce soient celles de blessés ou de malades envoyés au médecin-chef du régiment. Elles se font dans la pratique journalière par tous les boyaux praticables. Il y a cependant, dans chaque secteur de bataillon, un ou deux boyaux particulièrement et uniquement affectés à ce service. Lorsque le cheminement en aura été reconnu favorable par lui, la mise en état et l'entretien ne laissant rien à désirer, le médecin de bataillon s'efforcera d'habituer ses brancardiers à ne se servir que de celui-ci. L'intérêt de voies bien définies se passe d'explications (relais, non encombrement, rapidité plus grande de transport par une largeur plus grande du boyau, et, si le nombre des blessés est supérieur au nombre des équipes, facilité pour les groupes de renfort d'intervenir très vite sans perdre un temps précieux à errer de droite et de gauche).

Au sujet des moyens de transport, l'imagination

s'est donné libre carrière et un nombre considérable de brancards, brouettes, hamacs est né, surtout de 1914 à 1916. Ayant été appelé à en expérimenter la plus grande partie, nous ne retiendrons ici que ceux qui nous ont paru réellement pratiques. Mais hâtons-nous de dire qu'ils varient avec le terrain.

On signale un blessé au petit poste ou en première ligne. La plupart du temps, vu l'étroitesse du cheminement du petit poste à la tranchée et le grand nombre de pare-éclats qui jalonnent cette dernière, les brancardiers seront obligés d'avoir recours à la perche et à la toile de tente, moyen sur lequel nous reviendrons au chapitre de l'attaque. Le blessé, ensuite couché sur un brancard, soit au premier relai de ligne, soit au poste des brancardiers de compagnie, est transporté au P. S. de bataillon. Pour cette étape, le brancard réglementaire ne servira que dans les secteurs bien organisés, dans les tranchées en losange du type le plus récent, dans les larges boyaux d'évacuation. Le plus souvent, dans les secteurs médiocres, son maniement difficile et encombrant cédera le pas au brancard que nous avons reçu à titre d'essai en 1917 et qui est établi de la manière suivante : deux perches de bambou, une toile forte suspendue à ces perches par des anneaux mobiles, et dans le double fond de laquelle peut se glisser une planchette pour le maintenir rigide sur toute sa longueur (blessés couchés et complètement allongés). Le rapprochement des perches au gré des porteurs, leur peu de longueur, permettent de prendre facilement les tournants brusques. L'appareil est excessi-

vement léger, presque aussi confortable que le brancard classique. Il fut envoyé par une société de secours « L'Œuvre du Soldat dans la Tranchée ». Je l'ai expérimenté et nous avons pu, dans mon régiment, en avoir un par bataillon. Les blessés ont toujours déclaré s'en trouver bien. Quant à mes brancardiers, ce modèle leur convenait tellement que j'avais dû établir un roulement entre les compagnies pour que ce ne fut pas toujours les mêmes qui aient leurs transports facilités par l'emploi de ce brancard.

Etant donné le personnel sanitaire très restreint d'un bataillon, l'esprit inventif des médecins régimentaires s'est rapidement tourné vers la vulgaire brouette pour appliquer son principe à la fabrication d'un véhicule de tranchée. Les modèles les plus divers, résultat des moyens de fortune de chacun, reposaient tous sur le principe d'une roue petite supportant un cadre appuyé sur les épaules du conducteur et dont la stabilité était assurée par les poignées au moyen desquelles l'homme dirigeait en même temps son véhicule.

Etant en 1916 dans le secteur H..., plateau de N..., j'ai trouvé, dans une descenderie presque éboulée, sous un amas d'objets les plus hétéroclites, une brouette-brancard que j'ai fait remettre en état et qui m'a alors rendu des services. Ceux qui ont vécu dans ce coin de l'Aisne se rappellent qu'il existait entre deux plateaux un vallon boisé assez profond, desservant la droite et la gauche du secteur marécageux. Là tranchée y était une gabionnade sur pilotis

et les boyaux, en grande partie remplacés par des pistes faites de chemins tonkinois. Ce véhicule servit là pour drainer les blessés depuis la première ligne jusqu'au P. S. et j'ai regretté plus tard de ne pas l'avoir encore dans des secteurs boisés comme la forêt de P... ou le coin d'A... Il était même utilisable dans les boyaux ordinaires. Je ne sais le nom de cette brouette. Qu'on me pardonne d'allonger encore ce travail en en donnant une rapide description : une roue type bicyclette, très basse. La monture en tubes d'acier creux, par conséquent très légère, s'adaptant dans le haut aux épaules du conducteur par la concavité que formaient ses deux branches. Un siège mobile, permettant de véhiculer couché ou assis le blessé dont les jambes reposaient le long des tubulures, et les pieds de chaque côté du moyeu. En outre, cette brouette, qu'un seul homme menait très facilement, possédait deux poignées de chaque côté de la roue, permettant ainsi de transformer cette sorte de fauteuil en un brancard et de porter à deux. Il est bien entendu que ce modèle ne pouvait se comprendre que comme matériel de secteur. A ma relève, je l'ai passé en consigne à mon successeur. Mais, depuis, au cours de la campagne, je ne l'ai jamais revu.

Du poste de secours au point de jonction des autos sanitaires ou au P. S. R., le mode d'évacuation varie selon que l'on peut utiliser les brouettes porte-brancards ou s'en tenir au transport à bras. L'expérience nous a appris, cependant, que, où que l'on soit, même si les pistes ne sont utilisables que de

nuît, la bouette du modèle de l'artillerie est susceptible de rendre les plus grands services, par sa robustesse.

Il est enfin un moyen dont on n'a pas assez tiré parti et qui nous a semblé fort commode : la voie de 0 m. 60. Dans le secteur de T... (Oise), en 1916, puis dans celui d'A.-P... (Aisne), 1918, nous avons une voie qui permettait de desservir toute notre région, même la première ligne. Dans le premier cas, en 1916, nous en avons usé pour envoyer nos blessés couchés ou assis du P. S. de bataillon au point de jonction des autos sanitaires. Le wagonnet que l'on avait transformé en ne conservant que les quatre roues et le cadre de support, recevait le brancard dans un dispositif en bois adapté au cadre, et un homme le traînait seul. Dans le deuxième cas, en 1918, notre médecin-chef, le médecin-major Mary, avait fait construire, avec deux roues de wagonnet, une sorte de brouette sur rails recevant le brancard ; ce dispositif léger et très maniable permettait de passer d'une fraction de voie à l'autre, puisque là les Allemands, en se retirant, avaient fait sauter quelques éléments de rails. Le régiment avait demandé la réparation complète de cette voie. Il ne l'a obtenue que sur la fin. Cependant, telle quelle, nous l'avons utilisée dès le début, soit pour les évacuations, soit pour les transports de matériel.

RELÈVE

Notre médecin de bataillon a vécu sa période de tranchées, il doit être relevé le soir. Comment va s'opérer ce changement d'occupants ? Le plus souvent, et fort malheureusement du reste, le caporal brancardier du bataillon qui doit monter est seul venu reconnaître le terrain. Quand arrive le médecin avec son personnel, les occupants passent très rapidement en consigne le matériel du P. S. et aucun dossier de secteur n'est laissé pour faciliter la tâche, marquer l'œuvre de celui qui s'en va et permettre au nouvel arrivant de la continuer.

Venu dans un poste en pleine nuit, sans aucune notion de l'emplacement de ses brancardiers et de ses compagnies, n'ayant qu'un vague renseignement jeté à la hâte sur les points de jonction et les évacuations, que fait alors le médecin qui veut consciencieusement remplir son rôle : il se « débrouille ». Voilà un secteur occupé depuis longtemps, soumis à des lois bien définies ; le chef de bataillon, les commandants de compagnies ont trouvé, chacun à son emplacement, un volumineux dossier, dont ils n'ont qu'à prendre connaissance pour être fixés sur la manière dont ils doivent agir. Le médecin, au contraire, est obligé de faire comme si tout était nouveau, tout était à créer. Quels ordres utiles veut-on qu'il donne dans ces conditions aux brancardiers pendant le cours de cette première nuit ? Demain, au jour, il pourra se rendre compte, s'organiser, régler ses évacuations

et ses divers travaux, mais si, auparavant, quelque bombardement, quelque coup de main imprévu occasionne un nombre assez élevé de blessés ?

La conclusion logique est que, d'abord la reconnaissance préalable du secteur, ensuite le dossier du secteur sont des choses indispensables aussi bien pour le Service de Santé que pour les compagnies. Partout où nous sommes passés nous nous sommes attachés à laisser à nos successeurs un dossier sanitaire complet. Et ce dossier comprenait :

a) Un plan de secteur, détaillé, sur lequel était reporté l'emplacement des compagnies, les postes de commandement, les postes de brancardiers, les relais, pistes ou boyaux d'évacuation, les points de jonction des S. S. automobiles, le poste de commandement du colonel et le poste de secours régimentaire, les P. S. de droite et de gauche, les feuillées, les trous à ordures numérotés, les points d'eau, et enfin l'emplacement du train de combat du régiment (voiture médicale) ;

b) Une liste numérotée des feuillées et trous à ordures ;

c) Une liste des points d'eau, ou des tonneaux javellisés, avec toutes observations utiles ;

d) Le code chiffré téléphonique nécessaire au Service de Santé ;

e) La consigne du matériel, très détaillée, avec indication de l'emplacement des différentes choses ;

f) Une note sur les particularités et points dangereux du secteur, les travaux commencés et à continuer.

La liste du matériel passé en consigne était établie en double, signée du médecin relevant et du médecin relevé. Un exemplaire restait au secteur, et le médecin relevé envoyait le second au médecin-chef en même temps que son compte rendu de relève.

Ainsi tout était net, et il n'arrivait pas, par exemple ce qui trop souvent nous est arrivé, savoir de bien trouver un tube à oxygène, mais d'ignorer totalement s'il existait ou non un embout pour pouvoir s'en servir.

Terminons en disant que tant pendant le séjour en secteur qu'au moment des relèves, le téléphone est indispensable au médecin de bataillon. Le plus souvent nous ne l'avions pas, et il fallait, quand le P. C. du bataillon était éloigné, dans les urgences, perdre un temps précieux pour s'y rendre.

PERSONNEL

Qu'on m'excuse des longueurs de ce chapitre ; elles m'ont semblé utiles, car parfois l'attention n'a pas été attirée sur les points qu'elles traitent.

Nous avons vu le médecin de bataillon en tranchées. Tous, nous avons vécu les difficultés dues au faible effectif dont il dispose, même s'il en dispose entièrement. Livré à ses seuls moyens, il a, en effet, un infirmier et quatre brancardiers par compagnie. Son caporal infirmier comptant à la première com-

pagnie, il est obligé de prélever, sur ses brancardiers de compagnie de mitrailleuses, un homme pour compléter sa première équipe. A son P. S., il garde le caporal infirmier, le caporal brancardier, le cycliste, les trois brancardiers et l'infirmier de la compagnie de mitrailleuses, puisqu'ordinairement le commandant de celle-ci se trouve à proximité de lui et que ses sections sont réparties avec les compagnies. Mais si les dites sections sont isolées, et qu'il leur faille à chacune un sanitaire, comment se résoudra le problème ?

L'idéal serait, semble-t-il, huit brancardiers par compagnie, et cela a, du reste, existé pendant un temps dans les régiments de réserve, jusqu'à la constitution de leur musique. En effet, le bataillon est l'unité tactique, le fractionnement de cette unité va, en secteur, jusqu'à la section, qui peut être parfois fort loin du commandant de la compagnie à laquelle elle appartient. Quelle perte de temps alors si un de ses hommes est blessé, avant que l'on ait prévenu l'infirmier et les brancardiers, presque toujours au P. C. du capitaine. Avec huit brancardiers par compagnie on pourrait avoir, en cas de besoin, deux brancardiers par section, équipe suffisante dans les cas urgents, pour assurer les premiers soins, le premier transport et pour prévenir en passant les équipes supplémentaires.

MATÉRIEL DE SECTEUR

Le matériel de secteur, dans la guerre de position, est indispensable. Nos moyens de bataillon restreints et l'action médicale ne peuvent que bénéficier d'un complément, d'une réserve laissée dans les P. S. et renouvelée par les occupants. La constitution dans tous les P. S. de ligne d'un matériel de protection anti-gaz et de traitement des gazés complet, le maintien d'un nombre suffisant de collections d'effets et de linge de rechange pour les gazés rentre dans la partie la plus importante de ce qui, avec les médicaments, ou instruments, est le matériel de secteur. Ceci a été traité dans d'autres ouvrages. Nous n'y reviendrons donc pas et nous signalerons simplement en tant qu'appareils à fractures en réserve, au P. S., l'excellent résultat que nous ont donnés les gouttières en aluminium et surtout les gouttières paillons Legendre. (V. notice sur les appareils divers pour la thérapeutique des fractures de guerre. Sous-Secrétariat du Service de Santé, 1917.)

CHAPITRE II

Le bataillon en attaque

Pour la claire et méthodique compréhension du rôle qui nous occupe, ce chapitre se subdivisera en deux parties :

- 1° La préparation d'attaque ;
- 2° L'attaque proprement dite.

1° PREPARATION D'ATTAQUE

Le bataillon doit attaquer. Que son action se réduise à un fort coup de main, qu'elle soit la première phase d'une extension à tout le front ou d'un essai de percée, la conduite à tenir dans la période préparatoire sera la même. Si l'action est prévue depuis longtemps, quelques jours viennent de s'écouler, que nous ne pouvons passer sous silence.

L'unité tactique qui nous occupe a été, en vue de l'opération projetée, ramenée à l'arrière pour l'entraînement. Après l'installation dans le cantonnement, le chef de bataillon réunit ses commandants

de compagnie pour leur communiquer le plan d'attaque, leur en indiquer les objectifs, les mettre au courant des troupes et des moyens qui leur seront adjoints, leur donner enfin toutes les directives, tous les ordres utiles à l'entraînement de leurs compagnies et au rôle de leurs effectifs, suivant les différentes phases du combat. Là encore le médecin ne doit pas être oublié. On s'est figuré trop souvent que les évacuations n'avaient pas besoin d'être ordonnées, qu'il n'était pas nécessaire de faire exécuter aux brancardiers, dans ce qui est l'image de leur pénible champ d'action, les mêmes actes que ceux qu'ils vont accomplir dans quelques jours, et auxquels, à l'inverse de leurs camarades combattants, ils ne seront pas préparés. Erreur, qui peut entraîner parfois la perte de bien des vies humaines ! Notre expérience à tous nous a appris que là, comme en toutes les heures de la guerre, le médecin doit être en liaison intime avec le chef de bataillon et les commandants de compagnie.

Comme les capitaines pour leurs unités, le médecin de bataillon, après avoir assisté à la réunion dont nous parlions tout à l'heure, doit ne pas seulement être informé que son unité attaque, mais bien connaître dans ses détails l'action qui doit se dérouler. Dans tous ses détails, et dans bien d'autres encore, car, tandis que les combattants tourneront leurs préoccupations surtout vers l'avant, lui, devra encore préparer une liaison intime avec les divers échelons de l'arrière.

DISPOSITIONS PRÉPARATOIRES

Comme les commandants de compagnie, le médecin fera le projet du fonctionnement de ses évacuations, de la répartition de son effectif, des renforts qui lui semblent nécessaires, de l'emplacement qu'il croit le meilleur pour le P. S. de relai, laissé à son médecin auxiliaire, et du P. S. avancé, sous son propre commandement.

Il enverra ce projet au chef de bataillon et au médecin-chef, afin que ce dernier, l'ayant accepté et transformé en ordre, prenne dans sa zone toutes dispositions utiles et correspondantes. Ceci fait, nous avons pris comme habitude de réunir nos hommes et gradés, en les mettant tous au courant du rôle qu'ils devaient jouer. Nous leur montrions dans ses détails le terrain ennemi, presque inconnu pour eux, sur lequel ils allaient évoluer. Pour cela, nous leur expliquions, dans les grandes lignes, le plan de secteur, et les photos d'avions, leur désignant les différents écueils, les cheminements qu'ils auraient à suivre, les différents points où ils trouveraient relais ou P. S. Cette petite causerie les intéressait, et ils n'avaient plus ainsi la détestable impression d'aller dans l'inconnu. Ayant compris ce qu'on attendait d'eux, ils l'exécutaient plus volontiers et beaucoup mieux, parce qu'on avait fait appel non seulement à leur esprit de discipline, mais à leur intelligence. Nous avons été amené à cette manière d'agir par le fait que cette catégorie de soldats, livrée la plupart

du temps à elle-même et dans les moments les plus difficiles, a, plus que tout autre, besoin de directives, vu son infime encadrement. D'autre part, il est bien évident que ces hommes, à l'initiative desquels il faut constamment faire appel, doivent être choisis par leur chef, et celui-ci n'acceptera pas une non-valeur dont parfois les compagnies cherchent à se débarrasser en la versant au Service de Santé du bataillon.

ENTRAÎNEMENT DES BRANCARDIERS

Les hommes connaissant leur devoir, le médecin les amène journellement aux exercices et répétitions sur le terrain simulé où évoluent les unités. Si des renforts ont été demandés, ils seront affectés dès le début de l'entraînement aux différentes fractions avec lesquelles ils doivent agir.

Quand, après quelques jours, le terrain et les cheminements seront bien connus de tous, le médecin, durant l'exercice d'attaque, fera figurer réellement des blessés dans chaque élément, et, tout comme dans la réalité, les brancardiers les transporteront aux relais qui seront en place, au P. S. qui sera également représenté à l'emplacement où ils le trouveront dans quelques jours.

Ainsi, lors de la montée à l'attaque ou au coup de main, chacun connaîtra son secteur, sa place, son rôle, les différents endroits où il doit se rendre, et l'affollement ou les recherches interminables et dangereuses seront évitées. Il est bien entendu que dès

le début de l'instruction, les équipes seront affectées une fois pour toutes aux fractions avec lesquelles elles doivent opérer et ne seront changées sous aucun prétexte.

RÉPARTITION DU PERSONNEL

Ceci fut le point toujours difficile : quatre brancardiers et un infirmier par compagnie, c'est là un chiffre beaucoup trop faible pour parer aux éventualités. Il faut au minimum huit brancardiers par compagnie, plus l'infirmier, savoir : deux brancardiers par section d'infanterie. Nous ne les avons pas. Mais, dira-t-on, vous complèterez par les musiciens, comme le règlement l'indique. D'accord, et que restera-t-il, dans ces conditions, auprès du médecin-chef ? Nous entendons encore la réponse : Une section du G. B. D. — Bien, c'est ainsi que cela s'est fait très souvent.

Mais que l'on nous permette les objections suivantes :

Le médecin de bataillon aura donc sous son commandement les musiciens en nombre insuffisant, qu'il connaît peu, et qui ne viennent avec lui qu'au moment de l'attaque. Quelle difficulté de commandement ! Donner, au moment le plus critique, des ordres à des hommes qu'on connaît mal ou pas du tout. Nous avons bien remédié à cela par la répartition dans les équipes d'un musicien avec un brancardier de bataillon. Mais c'est loin d'être parfait.

En outre, qui surveillera, commandera et prendra

des décisions pour les équipes d'une compagnie ? Personne, car le médecin ou le caporal brancardier passeront, mais ils ne peuvent être partout, et le médecin de bataillon en particulier a, également, le lourd service du P. S. et des évacuations de ce P. S. à l'arrière. Conclusion : il serait nécessaire d'avoir un caporal brancardier par compagnie et un sergent brancardier par bataillon.

Voyons maintenant ce que devient le médecin-chef avec sa section de G. B. D. (quand il l'a !) Moins encore que le médecin de bataillon ne connaît les musiciens, le médecin-chef connaît les brancardiers divisionnaires. D'où mêmes difficultés de commandement. Et si un bataillon demande du renfort, soit par suite de ses pertes en brancardiers, soit par le trop grand nombre de ses blessés, le médecin de ce bataillon tirera un mince bénéfice d'une fraction de G. B. D. qui arrive à grand' peine jusqu'à lui, ne connaissant pas le terrain, et qui, de ce fait, se perd régulièrement pendant les premières évacuations.

Nous avons laissé entrevoir au début que le bataillon devait se suffire à lui-même. Il ne le peut et a recours au régiment. C'est combler un vide en en créant un autre. Si on affecte définitivement huit brancardiers, un caporal, un infirmier par compagnie, le médecin-chef aura ainsi ses musiciens comme renfort pour l'avant, et pour l'arrière sa section de G. B. D. Chacun, agissant dans un secteur qui lui est connu, évitera pour tous des pertes de temps, qui se traduisent souvent en pertes de vies humaines.

HYGIÈNE DES HOMMES A L'ENTRAÎNEMENT

Parmi les questions relatives à l'hygiène que le médecin doit toujours avoir à l'esprit en quelque situation qu'il se trouve, il en est une dont il est fort intéressant de s'occuper pendant cette période de préparation, si elle se fait à l'arrière, c'est-à-dire si l'on a quelques moyens à sa disposition. Je veux parler du bien-être et partant de la propreté des hommes.

a) Propreté des hommes pour tout le bataillon, puisque ce soin incombe au Service de Santé. Si dans les premières années de la guerre nous en étions réduits aux douches régimentaires, nous avions en 1918 les sections d'hygiène qui nous rendaient les plus grands services. La meilleure preuve en est que les hommes, se faisant autrefois un peu tirer l'oreille pour aller à des douches inconfortables, étaient les premiers à nous demander, dès leur descente de ligne : « Monsieur le Major, est-ce qu'on aura des douches avec changement de linge ? » Car ces sections d'hygiène procuraient en outre du lavage dans des locaux suffisamment clos et aménagés, du linge propre qu'elles échangeaient, objet pour objet, contre le linge sale des « poilus ». Les bienfaits de cette pratique se traduisaient par une diminution de fatigue pour les hommes (ils n'étaient plus obligés de prendre sur leur temps de repos pour laver, et dans quelle eau ! leurs chemises et caleçons), et par une

économie de linge, qui n'était plus jeté parce que sale.

b) Donc douches fréquentes. Améliorations des cantonnements : les commandants de compagnie y pourvoyaient ; mais le médecin pouvait quelquefois utilement dire son mot. Et son rôle était tout tracé spécialement au sujet de son effectif à lui : amélioration du couchage de ses brancardiers, de leur installation, exercices réduits au nécessaire et corvées à l'indispensable.

Enfin, bien que le vin se trouvât dans ces cantonnements, la potabilité de l'eau était à surveiller de très près.

Ainsi les hommes remontaient en tranchée, entraînés, mais dispos, non sans que l'on ait pris soin de faire vérifier pour chacun le port du pansement individuel avant le départ.

AUTRES DISPOSITIONS GÉNÉRALES A PRENDRE

En nous excusant de ces longueurs, résumons les ordres que va donner le médecin dans la période de préparation d'attaque :

1° Le projet dont nous avons parlé, traitant de la répartition du personnel, du rôle de chacun lors de la progression des troupes (infirmiers auprès du commandant de compagnie, deux brancardiers par section), de l'emplacement présumé du futur P. S. avancé, de l'emplacement du P. S. de relai laissé dans la tranchée de départ jusqu'à l'installation défi-

nitive du P. S. avancé en terrain conquis, des chemins ou boyaux d'évacuation, des différents endroits où les blessés égarés ou isolés pourront trouver un P. S. dans les anciennes lignes françaises, du P. S. régimentaire d'attaque.

Tout ceci, établi de concert avec le chef de bataillon, est transformé en ordre par le médecin-chef et notifié au personnel du S. S. de bataillon. En outre, ce même exposé est communiqué aux commandants de compagnie, aux chefs de section, de manière à ce que tous sachent où ils pourront trouver du secours, où ils devront diriger les blessés, s'ils sont temporairement privés de brancardiers.

2° Nous avons compris de la manière suivante le dispositif des P. S. du bataillon pour l'attaque :

a) Dans la tranchée de première ligne un abri, reconnu comme suffisant, convenablement placé, est rapidement transformé en P. S. dit de relai, où s'installe le médecin auxiliaire avec le caporal infirmier, une équipe supplémentaire, et le matériel que ceux qui vont suivre la vague d'assaut ne peuvent emporter, parce que trop encombrants. Ce P. S., connu de tout le bataillon, drainera alors, et évacuera jusqu'à sa relève, les égarés, les hommes tombés entre la tranchée de départ et la ligne conquise. Il sera aidé dans sa tâche par le Service de Santé du bataillon de soutien venant prendre les emplacements du bataillon d'assaut et qui lui fournira du personnel en cas de besoin.

Ainsi s'établira une liaison ferme entre le P. S. de

relai, celui du bataillon de soutien et celui du médecin-chef.

HYGIÈNE DE LA TRANCHÉE PENDANT LA PRÉPARATION D'ATTAQUE

Pendant le temps qui précède l'heure de l'attaque (que ce soit un ou plusieurs jours), alors que le bataillon d'assaut occupe la première ligne, l'hygiène de la tranchée se trouve être, comme le dit le M. A.-M. Dalidet, fort différente de celle que pouvait assurer le médecin de bataillon en secteur calme.

Outre qu'on ne peut demander un gros effort d'assainissement aux hommes, qui dans quelques heures peut-être vont avoir le plus dur des labeurs, il nous a toujours semblé inutile, sous les barrages incessants, de risquer des vies humaines pour un résultat bien faible.

Pendant ces heures d'attente énervante où tout semble crouler au milieu d'un grondement à peu près ininterrompu, où l'on peut souvent à peine sortir de son trou, les hommes se relâchent des habitudes prises, et s'isolent n'importe où, entre deux rafales, ou bien souvent restent dans le fond de l'abri, remplaçant la feuillée par une pelle qui servira tout à l'heure à lancer au loin les résidus malodorants.

Nous nous en sommes donc tenus, pour notre part, à faire passer dans les moments d'accalmie quelques brancardiers avec du chlorure de chaux, qu'ils répandaient un peu partout, puisqu'un peu partout

besoin en était, ou qui, à défaut de désinfectants, jetaient quelques pelletées de terre.

MATÉRIEL D'ATTAQUE

Quel matériel va faire emporter le médecin de bataillon et comment le répartira-t-il ? La pratique nous a appris qu'il ne fallait pas songer à véhiculer tous les trésors, si restreints soient-ils, que renferme la voiture médicale. Et la sélection sera vite faite si l'on s'en tient aux deux indications : parer aux éventualités et au grand nombre de pansements, ne pas surcharger son personnel.

Deux parts sont à faire dans le matériel d'attaque :

1° Le P. S. de relai, étant installé dans un abri suffisamment vaste et pas trop encombré de garnison jusqu'à l'attaque, aura comme réserve du futur P. S. avancé, des brancards réglementaires (7), un très grand sac renfermant des pansements des divers types (A, B, C, individuels), un sac d'appareils à fractures que nous appellerons d'urgence, c'est-à-dire les plus commodes (gouttières-paillons Legendre, 3 formats), une réserve de ouate, un panier de médicaments avec seringues et ampoules, un tube d'oxygène avec ballon et masque tuyauté, un sac de masques de réserve, les équipements anti-gaz, le nécessaire à javellisation, la caisse des papiers et fiches, et si possible le petit tonneau à eau de la voiture médicale. Tout ceci nécessite, pour être transporté, une corvée de six à huit hommes.

2° Le médecin de bataillon, avec son caporal bran-

cardier et les équipes de réserve emporteront l'indispensable, savoir : un petit sac de pansements par homme, un brancard réglementaire, des gouttières-paillons Legendre, quelques masques de réserve, chaque brancardier ayant, bien entendu, sa musette de pansement.

La musette du caporal brancardier tiendra lieu de sac à médicaments et renfermera le strict nécessaire à ce sujet.

Chaque brancardier emporte sa toile de tente en sautoir, et une perche, sauf ceux auxquels, par équipes de deux, on aura pu donner le brancard-bambou dont il a été parlé au précédent chapitre. Il est inutile de surcharger les hommes avec le brancard réglementaire, car ou ils le laisseront de côté pendant l'action, ou il leur fera perdre un temps énorme et diminuera le nombre des équipes, puisqu'il faut quatre hommes pour l'utiliser dans cette période.

On se demandera pourquoi faire emporter une perche par homme et non par deux hommes. La raison est simple : supposons, ce qui arrive fréquemment, que tous les brancardiers d'une compagnie soient en train d'évacuer et qu'à une section survienne un ou des blessés pendant leur absence. Si les conditions de la lutte le permettent, les chefs de section pourront ainsi, avec les perches restées et les toiles de tente individuelles, faire transporter par une corvée les plus gravement atteints jusqu'au P. S. avancé.

Ce moyen d'évacuation qui nous a tant servi du-

rant la guerre, je veux parler de la perche et de la toile de tente, est ici le seul réellement pratique tant qu'on n'aura pas adopté, par équipe de deux, le brancard-bambou. Mais il a un défaut. Regardez, après l'attaque, les épaules des brancardiers, si l'affaire a été meurtrière : vous les verrez ensanglantées, avec de grosses ecchymoses, et endolories à un point que ces hommes, supportant la douleur durant le feu de l'action grâce à leur excitation nerveuse, sont ensuite incapables du moindre effort sans une très pénible souffrance. Le vulgaire morceau de bois qu'est en effet la perche-brancard d'attaque a, par son frottement continu, par le poids et le balancement du blessé reposant tout entier sur un seul point, produit les lésions que nous venons de voir.

Pour y remédier, les hommes amortissaient le contact en glissant leur pansement individuel sous la perche. Nous avons alors à notre bataillon fait confectionner par chaque brancardier, avec de vieilles capotes, deux coussinets en forme de losange, rembourrés, et qui reposant sur les épaules, se fixaient sur la capote, devant et derrière, par un bouton. Avant de monter à l'attaque, je m'assurais que chacun eut bien ses deux coussinets. En outre, j'en faisais emporter avec moi quelques-uns de réserve.

2° ATTAQUE PROPREMENT DITE

Tout est prêt. Après le dernier coup d'œil, les dernières instructions des chefs, les vagues prennent leurs emplacements dans les parallèles de départ. Le

médecin de bataillon, emmenant avec lui son caporal brancardier et ses équipes de réserve, est à côté du chef de bataillon. Ainsi sera constante la liaison indispensable, surtout à partir de maintenant.

Les yeux des officiers sont fixés sur les montres. Un signe de main ; c'est l'heure. Et les vagues sortent, franchissent en courant l'entre-deux lignes. Voici la tranchée ennemie. Seuls les nettoyeurs y descendent, le reste du bataillon poursuit sa progression jusqu'à l'objectif indiqué.

Mais dans toute cette période, et quelque parfaitement prévus que soient les différents temps, le hasard de la bataille règne en maître, disloque des fractions qui devaient rester unies, retarde certains, pendant que d'autres, au contraire, vont presque trop vite. Outre cela, le barrage d'abord, puis les îlots de résistance, font des vides dans nos rangs, et parfois le médecin et son petit groupe se trouvent passagèrement séparés de la liaison et du commandant. Il faut faire à la hâte des pansements à droite et à gauche, rassembler par petits groupes les **bles-**sés épars qu'on ne peut transporter pour l'instant et qui seront évacués tout à l'heure, dès que la ligne se sera un peu stabilisée.

Durant toute cette période pénible, où se donne carrière l'initiative de chacun, les éléments de la préparation d'attaque viendront au secours du médecin qui, s'il n'avait préalablement étudié le terrain, et fixé sur sa carte son futur P. S. présumé, ses directives, ses repères, se perdrait inmanquablement

dans ce chaos de trous d'obus et d'amoncellement de débris qu'est un champ de bataille actuel au cours d'une action violente.

Sa besogne médicale faite tout en avançant, le médecin arrive aux abris ennemis qu'il a d'avance choisis comme pouvant lui servir. Il occupe celui qui lui semble le moins démoli, le plus apte à ce qu'il en attend.

Les brancardiers de compagnie commencent à arriver avec leurs précieux fardeaux. Se remettant immédiatement en liaison avec son chef de bataillon, il envoie ses deux équipes évacuer les blessés les plus graves, laissés le long de sa route, et son agent de liaison jusqu'au P. S. de relai, dans l'ancienne première ligne française.

Nous n'insisterons pas sur le choix du P. S. de fortune ; il varie tellement avec les circonstances qu'il est fonction et de l'état du terrain et du nombre d'abris encore existants. Quelquefois l'on s'entassera dans une simple descenderie où, provisoirement, les pansements des blessés couchés seront faits en creusant un peu et en étayant de quelques planches le fond éboulé ; d'autres fois, on utilisera un recoin de boyau, car tout a été détruit alentour, dans la ligne conquise, et les pansements seront d'abord faits là, en attendant mieux, car c'est là que tous viendront chercher du secours.

INSTALLATION DU P. S. AVANCÉ. — LIAISON

Supposons qu'un coin d'abri est encore intact et que le Service de Santé le partage avec le P. C. de bataillon.

Le médecin auxiliaire et le P. S. de relai, prévenus par les équipes et le cycliste envoyés, vont y monter à leur tour avec le matériel que rapportent les brancardiers servant de guides et déchargés de leurs blessés. Ces derniers ont été pris par le bataillon de soutien qui les dirige sur le P. S. régimentaire. Et, avec les blessés, l'agent de liaison continue jusqu'au médecin-chef. Il emporte en effet un compte rendu, hâtivement crayonné, de l'emplacement du P. S. avancé, du nombre approximatif de blessés, des renforts nécessaires, du matériel dont on aura besoin là-bas.

QUESTION DE L'EAU

Une note demande également la montée du pharmacien jusqu'au bataillon de première ligne, afin d'y faire la reconnaissance des points d'eau, s'ils existent, et de leur potabilité. A ce sujet, il serait indispensable de doter le pharmacien régimentaire d'un nécessaire pour analyse rapide des eaux, car le laboratoire de toxicologie du G. B. D. ou G. B. C. est inutilisable dans ces moments, et c'est précisément à ces moments-là que la soif se fait le plus vivement sentir chez les hommes et que la question de

l'eau se pose angoissante, tant pour le médecin à son P. S. avancé que pour les combattants épuisés. Nous verrons au chapitre III comment, d'après les travaux de M. le Docteur Rochaix, de Lyon, peut être réalisée une analyse suffisante et très rapide.

EVACUATIONS

Dès maintenant la liaison est établie. L'avant et ce qui est devenu l'arrière ne s'ignorent plus. Les évacuations vont pouvoir se poursuivre avec plus de rapidité.

Si nous avons insisté sur cette première phase et sur l'établissement aussi prompt que possible du contact entre médecin de bataillon et médecin-chef, c'est qu'il nous est arrivé, à tous, je crois, de nous trouver isolés en lignes conquises pendant plus de 24 heures avec des kilomètres à faire pour confier nos blessés à un relai ou à un P. S. qui n'avait pas progressé.

Avec l'effectif squelette de quatre brancardiers par compagnie, commandant à des hommes qui, partis à l'assaut avec leurs camarades, faisaient ensuite la navette sans relâche, au prix de quels dangers et de quelles difficultés, le médecin de bataillon se trouvait parfois à la tête d'un P. S. qui se remplissait sans cesse et ne se vidait qu'avec une lenteur désespérante. On en a vu qui, le soir, tous les pansements faits, et un peu de calme revenu sur le secteur, étaient obligés de porter eux-mêmes les blessés avec le caporal infirmier et le caporal brancardier, pour

suppléer un peu à leurs hommes exténués parce qu'ils marchaient depuis 4 heures du matin sans repos, sans nourriture, sans même une goutte d'eau, le peu qui restait dans les bidons étant réservé aux blessés.

Je crois que ceux qui ont connu ces évacuations chaotiques, effarantes, dans la nuit, sous le barrage, et à la lueur des seuls éclatements, ne démentiront pas l'assertion que huit brancardiers par compagnie seraient un minimum indispensable.

Il est certain que nous avons parfois la chance d'utiliser immédiatement les prisonniers faits durant l'attaque. Mais il faut compter peu sur ce renfort problématique. Ce ne sera qu'un surplus très utile.

On a parlé aussi d'équipes de territoriaux envoyées sur demande de renfort. Mais quand elles viennent, c'est-à-dire quand toutes ne sont pas employées aux corvées de ravitaillement, elles arrivent tard ; déjà la situation est un peu stabilisée et si on les attendait, pour évacuer les blessés des premières heures, les plus nombreux, le résultat sanitaire serait moins que brillant.

Les évacuations jusqu'au P. S. avancé sont faites avec les perches et toiles de tente ou avec le brancard-bambou.

Du P. S. avancé, et tant qu'il n'est que cela, les blessés couchés partent également par les mêmes moyens, chaque petit convoi grossi de ceux qui peuvent marcher. Et l'unique brancard réglementaire servira uniquement de lit de pansement.

Mais après la montée du médecin auxiliaire et de

la réserve de matériel, le P. S. avancé évacuera ses couchés par ses brancards réglementaires, échangés au P. S. prochain contre un nombre égal de brancards vides.

Ce va et vient entre les deux P. S. permettra également le réapprovisionnement en matériel, pansements, gouttières-paillons, etc.

Si le secteur possède des ravins, des défilements et que le terrain ne soit pas trop bouleversé, les brouettes porte brancards montées alors seront de plus grand secours, et diminueront la fatigue des hommes.

Par le cycliste, agent de liaison, seront demandés les musiciens de renfort ou de remplacement, car il n'est pas une attaque où le Service de Santé du bataillon ne subisse des pertes parfois lourdes. C'est en même temps par lui que seront connues pour la nuit les heures et lieux de venue des cuisines roulantes, et par lui que seront guidées les corvées de soupe et d'eau du P. S.

Nous ne faisons qu'effleurer tous ces sujets, et pourtant nos pages s'allongent. Dans notre esprit, ces aperçus ne viennent qu'afin de faire méditer sur l'écrasant et si divers labeur qui accabla nos hommes et de justifier ainsi la proposition d'augmentation d'effectif et de moyens.

Il a été fait beaucoup durant la guerre pour l'amélioration des évacuations. Mais c'est surtout à l'arrière front que les moyens se sont développés (G. B. D, rarement G. B. C., sections sanitaires automobiles considérablement augmentées). Nos moyens de

régiment n'ont, à vrai dire, jamais varié, ni en autorité, ni en effectif. Les quelques bénéfices que nous avons eus ont découlé de l'envoi des sections automobiles aussi loin que possible, et des sections de G. B. D., ajoutées temporairement aux médecins-chefs de corps de troupe, ce qui est actuellement leur véritable emploi.

Disons, pour être complet, que la note 3.544/D. A., du 24 août 1917 (G. Q. G.) appelait l'attention des médecins d'armée sur l'utilisation de la voie de 0,60 en particulier pour les attaques. Et au cours des opérations de l'Aisne (octobre 1917), le 14^e corps disposait de trois trains avec wagons aménagés.

Enfin l'évolution des moyens de combat ayant donné, pendant les derniers temps de la guerre, un rôle considérable aux chars d'assaut, la note 1628/5, du 27 mars 1919 (G. Q. G.) a prévu des chars blindés sanitaires d'accompagnement. Mais cette question est encore à l'étude.

HYGIÈNE PENDANT L'ATTAQUE

Elle est, par le peu de durée du séjour des unités dans la bataille et le manque d'action sur l'homme, à peu près impossible à réaliser ; le repos permettra seul d'agir utilement, après la relève du régiment.

Cependant, si le terrain conquis est organisé, ne serait-ce que pendant quelques jours, par l'unité qui a attaqué (et le cas s'est présenté plusieurs fois pour nous), le médecin doit, dans la mesure du possible, revenir à ses principes d'hygiène, faire monter des

désinfectants, en munir les brancardiers de compagnie, et établir aussitôt des feillées. Les trous d'obus vite aménagés éviteront du travail et seront fort suffisants pour cette période.

TOILETTE DU CHAMP DE BATAILLE

Il est un dernier point, et non des moindres, qui nous reste à envisager : si le bataillon, après son attaque, n'est pas relevé immédiatement et reste deux ou plusieurs jours sur ses positions. Je veux parler de l'organisation, et, dans^e l'organisation, d'abord de la toilette du champ de bataille.

Le M. A.-M. Dalidet, dans sa thèse, a traité très complètement la question et, au point de vue théorique, nous sommes absolument de son avis. Mais nous nous permettrons de ne pas être entièrement d'accord avec lui, dans la réalité. Si l'envoi des cadavres à l'arrière en un cimetière de régiment et de G. B. D. est la meilleure des solutions à adopter, pratiquement, et tant que le terrain d'attaque n'est pas devenu secteur organisé, c'est avec les moyens dont nous disposons, chose impossible.

La ligne conquise, où gisent les corps, est d'un accès pénible, les cheminements y sont difficiles et interminables. La distance entre le P. S. de bataillon et le P. S. du régiment ou le relai du G. B. D. est grande. La réaction ennemie occasionne, après l'attaque, un nombre sérieux de blessés. Comment demander, outre les corvées de soupe, les corvées d'eau, les évacuations et le commencement d'instal-

lation d'un P. S., comment demander aux seize brancardiers du bataillon de faire encore de nombreuses allées et venues supplémentaires pour diriger les morts sur l'arrière ?

Evidemment, si des équipes spéciales montaient dans ce but, cette manière de faire serait la seule à adopter. Mais à l'impossible... et, dans ces conditions, le médecin de première ligne a recherché un ensevelissement qui permette à la fois de retrouver les tombes, d'identifier les morts et d'éviter les infections que feraient naître la décomposition des cadavres.

Souvent, et cela est triste à dire, il fait, à la nuit tombée, identifier et enterrer ses morts par petits groupes, en reportant sur un plan envoyé à la division l'emplacement des sépultures, avec les indications utiles. Une humble croix de fortune, une bouteille, un bidon ou une boîte à masque renfermant le nom et l'unité du décédé, deviennent temporairement les seuls vestiges de ceux qui dorment là le dernier sommeil de la gloire et du sacrifice. Si l'ennemi réagit peu, notre médecin pourra peut-être faire amener auprès de son P. S. ceux qui sont tombés et créer ainsi un petit cimetière de bataillon.

Ces deux manières, il faut bien l'avouer, sont trop souvent dictées inéluctablement par la nécessité, et, souvent aussi, hélas ! nous avons vu ces humbles héros déterrés plusieurs fois par les obus ennemis. On les ensevelissait à nouveau, la nuit suivante, navré de ne pouvoir les mettre en un lieu où ils eussent enfin reposé en paix.

D'autres viendront après (si l'on veut, le médecin du champ de bataille), qui pourront rassembler ces restes sacrés, entretenir leurs tombes. Celui qui marche de l'avant et demeure peu n'en a pas le pouvoir tant qu'on n'aura pas créé des équipes spéciales uniquement chargées de ce soin.

Et ce n'est pas sans avoir essayé de mieux faire que nous sommes arrivés à cette conclusion. En l'écrivant, nous revoyons les terribles coins d'E..., dans la Somme, de la M..., dans l'Aisne, et en toute conscience, nous avouons que nous ne pouvions alors faire plus que ce que nous avons fait.

Qui dit toilette du champ de bataille, dit encore nettoyage, incinération ou ensevelissement des cadavres d'animaux. Lourde besogne, quand, comme après les affaires de l'Aisne, 1917, un train de combat ennemi tout entier a été fauché sur une route avec ses attelages.

Là encore, nos moyens étant trop faibles, nous avons trouvé une aide utile dans les corvées de la section spéciale de la division, sous la conduite de notre caporal brancardier. Besogne périlleuse encore, car si l'on emploie l'arrosage au pétrole et la combustion, la lueur n'est pas sans attirer une sérieuse réaction de l'artillerie ennemie.

RELÈVE

Que le bataillon soit relevé le soir même, ou quelques jours après, nous trouvons encore ici la même conduite à tenir vis-à-vis des successeurs.

Un dossier de relève, si succinct soit-il.

Quelques lignes crayonnées au bas d'un plan, et traitant les plus importantes des questions que nous avons vues au chapitre précédent, seront l'adjuvant indispensable grâce auquel le successeur pourra faire immédiatement œuvre utile et ne pas s'égarer ou égarer ses hommes dans un inconnu dangereux.

CHAPITRE III

Le bataillon en guerre de mouvement

Ce chapitre sera très bref, car les grandes directives des précédentes pages sont encore vraies pour celles-ci. Le projet établi à chaque progression, de concert avec le chef de bataillon, la liaison avec le médecin-chef, la répartition du personnel reviennent s'imposer aussi impérieusement et sous le même mode. Nous n'en signalerons donc que les particularités.

Ce qui prend ici des proportions souvent très grandes, ce sont les distances et le terrain couvert par un régiment. Si tant est que la ligne ennemie fléchisse comme en mars 1917, on assiste, surtout au début, à un échelonnement considérable en profondeur.

Comment remédier à cet état de choses ? Quelque progression que fasse le bataillon, la difficulté gît surtout dans l'éloignement momentané du médecin de bataillon et de son médecin-chef. D'autre part, le

rideau du bataillon bougeant constamment, le P. S. se déplace presque constamment aussi, *ipso facto*, et les brancardiers de compagnie courent le risque d'apporter leurs blessés à un point fixé, que déjà le médecin aura dû quitter sous peine de perdre contact complètement et pour longtemps avec son unité.

Aussi est-il bon de prévoir, pour l'objectif le plus éloigné, une succession d'emplacements de P. S. nettement définis par rapport aux positions qu'occuperont successivement les compagnies. Tout ceci, comme toujours, ne peut être fait que si le Service de Santé collabore intimement avec le commandement et le médecin de bataillon avec le médecin-chef.

Les brancardiers étant avec les compagnies, il est de toute nécessité que le médecin de bataillon ait auprès de lui un effectif d'au moins deux équipes, c'est-à-dire huit hommes, non compris les gradés. Car il nous est arrivé, sans autre moyen que deux brouettes porte-brancards, qui nous servaient en même temps à transporter le matériel, de nous trouver à une distance de 2 et même 3 kilomètres en avant du médecin-chef, et ceci en rase campagne.

MATÉRIEL

Le matériel, dans la guerre de mouvement, a été parfois véhiculé sur des brouettes porte-brancards, le seul moyen de transport alors à notre disposition.

Qui dit guerre de mouvement, dit évidemment guerre n'ayant pas de tendance à la stabilisation ; partant, le bataillon doit emmener tout son matériel

et pour cela sa voiture médicale. Mais avec la surcharge actuelle de ces voitures, dont le chargement a été augmenté, mais non la capacité, il serait nécessaire d'avoir un véhicule à caisse plus profonde, avec deux chevaux d'attelage, pour ne pas risquer, comme cela nous est arrivé, de la voir rester en panne dans un champ ou le long d'une pente un peu trop rapide.

EVACUATIONS

Evacuer à bras, ce que nous avons fait, est, si l'on se rend bien compte de la situation du bataillon déployé et en pointe, chose incompatible avec un résultat heureux pour les blessés, s'ils sont même en petit nombre. Nous avons pu nous servir quelquefois des brouettes porte-brancards, et ceci très utilement d'ailleurs.

Pourquoi ne pas doter chaque bataillon de quatre voiturettes du type de celles de mitrailleuses, transformées, qui, chacune avec un seul cheval et un seul conducteur, pourraient transporter quatre blessés assis, ou deux couchés, par tous les terrains, du P. S. de bataillon au P. S. du régiment ou au P. S. de relai.

On avait essayé bien avant la guerre différents types de voiturettes pour remédier à ce manque de moyens d'évacuation du service sanitaire de bataillon en guerre de mouvement (voiturettes trainées par des chiens, voiturettes trainées par une motocyclette).

Et cela répondait à une nécessité qui s'est faite plus impérieuse durant cette campagne. Les quatre voitu-

rettes dont nous avons parlé trouveraient également leur utilisation en d'autres temps, comme nous le verrons au prochain chapitre.

LIAISON

Le bataillon changeant souvent de place, et le P. S. s'immobilisant (ne serait-ce qu'un temps assez court), il faut à ce dernier, pour retrouver le contact, comme pour les renseignements sanitaires des compagnies, un moyn de liaison rapide. Il existe à cet effet un cycliste auprès du médecin de bataillon.

Cependant, si le terrain est défilé ou boisé, le cheval du médecin de bataillon trouve là un de ses principaux emplois. Confiant de temps à autre son P. S. au médecin auxiliaire, le médecin de bataillon pourra voir rapidement ses compagnies et aider à la plus grande rapidité des soins et des évacuations.

Lorsque la progression devenant brusquement très rapide, le médecin-chef ou le premier relai se trouvent trop éloignés pour que le médecin de bataillon puisse évacuer jusqu'à eux par ses propres moyens, un brancardier, laissé avec les blessés préalablement pansés et réunis en une sorte de refuge, attendra l'arrivée de l'échelon sanitaire suivant, et rejoindra ensuite suivant les indications données par son chef.

Mais, dans la phase de la guerre qui nous occupe, les sections sanitaires automobiles poussées à l'extrême limite, peuvent simplifier toutes ces questions et éviter le morcellement de nos effectifs.

HYGIÈNE

Comme en attaque, l'hygiène perd, par la force des choses, la plupart de ses droits et de ses moyens dans la guerre de mouvement.

Un des rares points auxquels on puisse utilement s'appliquer est la question de l'eau.

Lors du recul allemand de 1917, la note 7851/5, du 1^{er} avril 1917, G. Q. G., prescrivait que le prélèvement de l'eau serait fait par le Service de Santé de bataillon, puis envoyé au G. B. D. pour examen. A cet effet, chaque médecin de bataillon faisait emporter deux bouteilles vides. Celles-ci, remplies au point d'eau rencontré, étaient envoyées à l'agent de liaison du G. B. D., près le médecin-chef du régiment, lequel échangeait les bouteilles pleines contre deux vides et faisait suivre les premières, munies d'une fiche indiquant l'endroit de prélèvement, jusqu'au laboratoire de toxicologie.

Là le procédé d'examen bactériologique le plus rapide que nous avons actuellement (je veux parler de celui de M. le Docteur Rochaix, de Lyon) demande encore 48 heures.

Or, on sait que, pendant l'attaque, comme dans la guerre de mouvement, un des premiers besoins à satisfaire chez l'homme de troupe est la soif ; il faut lui permettre de l'étancher le plus rapidement possible. Il semblerait excellent, ici surtout, de doter le pharmacien régimentaire d'un matériel portatif pour une analyse sommaire. Ce pharmacien, venant sur la

demande du médecin de bataillon, déterminerait ainsi sur place les points d'eau dont peut immédiatement user la troupe. L'envoi des bouteilles de prélèvement pourrait ensuite être également fait au G. B. D. pour un examen bactériologique complet, et servirait pour les indications à donner aux services d'arrière qui se succèderont sur le terrain.

Comme nous venons de le voir, le contrôle bactériologique des eaux pour les armées en campagne, si rapides que soient certaines méthodes employées, demande toujours au moins 48 heures. Or, il est de toute nécessité que le médecin de bataillon ou le médecin de régiment puisse en quelques instants avoir une probabilité suffisante, sinon une certitude absolue, sur la qualité de l'eau. Seules des méthodes chimiques le permettent.

Sans doute une méthode rapide, applicable avec un matériel réduit et devant être exécutée en quelques minutes, donnera des renseignements incomplets. Ils seront cependant suffisants pour éviter des eaux très contaminées.

MÉTHODE D'EXAMEN IMMÉDIAT DE LA POTABILITÉ DES EAUX (D^r Rochaix)

M. le Docteur Rochaix, chargé de cours à la Faculté de Lyon, a bien voulu nous venir en aide, et voici le résultat des recherches qu'il a faites à ce sujet :

Le matériel nécessaire pour appliquer sa méthode, que nous allons proposer, est facilement transportable dans une sacoche ou une caissette, et le pharma-

cien du régiment pourra, au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, donner son appréciation sur l'eau. Certains auteurs veulent apprécier une eau exclusivement par la présence ou l'absence de nitrites. Cette recherche est insuffisante. Sans doute, une eau qui renferme des nitrites doit être rejetée, mais la réaction négative n'implique pas nécessairement la potabilité de l'eau. On rencontre fréquemment des eaux fortement souillées, exemptes de nitrites. M. le Docteur Rochaix estime qu'il faut rechercher un minimum de plusieurs éléments caractéristiques, et c'est de l'ensemble des résultats qu'on pourra tirer une conclusion. Sans doute cette conclusion ne pourra être qu'approximative et provisoire. Elle permettra en tous cas au soldat d'éviter l'absorption d'une eau fortement souillée.

Les déterminations que l'analyste effectuera seront les suivantes :

1° *Dosage des chlorures* avec la solution décimor-male d'azotate d'argent, suivant la méthode classique. Comme on sait, une eau renfermant de 80 à 160 milligrammes par litre de chlorures en Na Cl. est suspecte (Conseil supérieur d'hygiène de France).

2° *Recherche de l'ammoniaque*. — Elle ne se fera pas par la méthode ordinaire de Nessler. Cette méthode ne donne aucun résultat, si l'on n'a pas soin de décalcifier l'eau. Il vaut mieux employer le procédé de Trillat et Touchet à l'*iodure d'azote*. Dans un tube à essai on met 20 à 30 centimètres cubes de l'eau à analyser ; on ajoute 3 gouttes d'une solution

d'iodure de potassium à 10 p. 100 et 2 gouttes d'hypochlorite alcalin (eau de Javel du commerce) ; il se produit, en présence des sels ammoniacaux, une coloration poire due à la formation d'iodure d'azote.

On pourra doser colorimétriquement par comparaison avec des tubes contenant des quantités connues d'ammoniaque et qui seront préparées d'avance dans des tubes scellés.

L'eau de Javel s'altère assez rapidement dans des flacons ordinaires. Il faut garder cette solution dans de petits tubes capillaires, scellés à la lampe. Au moment de l'emploi, il suffit de briser les deux extrémités du tube et le réactif coule goutte à goutte.

La solution d'iodure de potassium est conservée de la même façon.

L'analyste peut ainsi emporter un certain nombre de ces petites ampoules dont les solutions, même après plus de quatre mois, seront restées parfaitement intactes. L'ammoniaque à la dose de 2 milligrammes par litre indique que l'eau est mauvaise (Conseil supérieur d'hygiène de France).

3° *La recherche des nitrites* se fera par la méthode de Griess. Une eau potable n'en renferme pas.

4° *La recherche des nitrates* se fera au moyen d'une solution sulfurique de diphénylamine, dans de petits couvercles en porcelaine. Des traces même notables peuvent être tolérées ; mais si la réaction est intense, coïncidant surtout avec une forte dose de chlorures, l'eau doit être rejetée.

Des contrôles avec des analyses chimiques plus étendues et des analyses bactériologiques montrent

qu'en général la recherche des quatre éléments ci-dessus indiqués est la plupart du temps suffisante.

Il existe enfin au P. C. de chaque bataillon un tonneau à eau, qui, empli d'eau javellisée, pourrait être d'un fort grand secours, dans les pays pauvres en sources et en puits, en attendant la détermination de la qualité de l'eau de la région.

Quant à la désinfection des feuillées et amas d'ordures, à la toilette du champ de bataille, aux ensevelissements, nous dirons avec M. A.-M. Dalidet que ceci ne peut être que l'œuvre des successeurs et en particulier du médecin du champ de bataille.

Tout au plus, une petite quantité de désinfectants emportée dans la voiture médicale rendra-t-elle service pour une stabilisation d'une journée.

Terminons en rappelant qu'à la 61^e division nous avons, lors du recul allemand de mars 1917, et en préparation de l'attaque que nous devons exécuter, reçu un plan avec directives où la participation, le rôle du Service de Santé régimentaire, ses voies d'évacuation, les points de jonction des S. S. A., les différents postes de secours régimentaires de progression, les réapprovisionnements en matériel, étaient prévus et indiqués dans tous leurs détails. Nous avons alors eu avant d'attaquer réellement l'impression de ne pas aller à l'aveuglette, assurés que nous étions de trouver à des points définis des relais, des P. S. R., des autos, du matériel.

CHAPITRE IV

Le bataillon au repos

Nous diviserons encore, si l'on veut bien, ce chapitre en deux parties :

- 1° Le bataillon en mouvement pendant les étapes ;
- 2° Le bataillon au cantonnement de repos.

1° LE BATAILLON EN MOUVEMENT PENDANT LES ETAPES

COLONNE DE ROUTE

Lorsque le régiment s'en va par étapes jusqu'à ses cantonnements de repos, il est assez rare qu'il marche groupé. Le plus souvent nous l'avons vu fractionné par bataillons. C'est donc encore ici toujours la même unité qui nous occupe, et si parfois les trois bataillons du régiment font colonne ensemble pendant un certain temps, à peu près toujours ils se

scindent ensuite pour un trajet solitaire jusqu'au gîte d'un soir.

Dans la colonne et pour la route nous avons toujours adopté la répartition des infirmiers avec les compagnies et des brancardiers groupés sous les ordres du médecin à la gauche du bataillon, avec la voiture médicale.

Cette question de répartition de l'effectif pourrait, au premier abord, paraître oiseuse. Voici cependant son importance : Si la marche est pénible, si l'étape est longue, les traînards se feront vraisemblablement de plus en plus nombreux. Le médecin emploiera les brancardiers à mettre les sacs en voiture, à soutenir et encadrer les éclopés.

Si un cas urgent se présente, la voiture médicale, tout à côté, permettra d'avoir immédiatement tous les moyens d'intervenir.

C'est, du reste, il nous semble, dans cet esprit que le commandement, lors de la troisième année de guerre, affecta tous les brancardiers au petit état-major de bataillon.

MOYENS DE TRANSPORT

Puisque nous en sommes aux éclopés, parfois si nombreux le long d'une interminable route, que l'on nous permette de revenir, en y insistant, sur les moyens de transport entrevus au chapitre précédent.

Le Service de Santé de bataillon possède en tout et pour tout une voiture médicale beaucoup trop chargée durant cette guerre de tout un matériel im-

prévu ; elle ne peut, en aucun cas, servir au transport des éclopés, ni même des sacs des hommes fatigués par la route.

Or, le commandement interdisait (et à juste titre, vu leur surcharge réglementaire) d'utiliser les voitures du train de combat.

La seule grande voiture de blessés marchait à côté du médecin-chef, et, comme le matériel de l'infirmierie régimentaire n'a jamais été prévu en temps de guerre, non plus que ses moyens de transport, on l'entassait dans cette grande voiture et dans celle des brouettes porte-brancards.

Il restait donc dans ce véhicule à peine quelques places, au départ, pour les hommes envoyés par les médecins des trois bataillons. Quant à ceux qui pouvaient suivre clopin-clopant, ou qui tombaient en cours de route, ils faisaient autour de la voiture médicale un groupe lamentable, et le médecin soucieux de leur venir en aide, sans avoir pour cela aucun moyen, se « débrouillait », quand cela lui était possible.

Ce manque de moyens de transports en prévision de traînards inévitables préoccupa, dès longtemps avant la guerre, les médecins militaires, qui avaient en particulier fait des essais de voiturettes à chiens pour y remédier.

Il nous a semblé que, comme dans la guerre de mouvement, 4 petites voiturettes de mitrailleuses, transformées (et ceci est à confier aux techniciens) seraient suffisantes pour parer aux éventualités de la route. Le médecin de bataillon pourrait ainsi garder

avec lui une quinzaine d'éclopés, chiffre correspondant à peu près au nombre moyen de traînards d'un bataillon lors d'une marche un peu pénible.

On a bien prévu parfois un ramassage sur la route par des autos sanitaires. Mais nous ne l'avons vu fonctionner qu'une fois pour notre compte.

VISITE A L'ARRIVÉE A L'ÉTAPE

Arrivé au gîte d'un soir, fréquemment, le bataillon ne voit pas ses compagnies logées toutes ensemble dans le même village. Et leur dispersion oblige le médecin, dès l'arrivée à l'étape, à repartir, passer la visite quotidienne dans les différents cantonnements. Là, bien entendu, son cheval lui est indispensable. Mais là aussi une des voiturettes rendrait le plus grand service pour emmener le caporal infirmier avec un panier de pansements et médicaments.

CONCLUSION

Comme nous le disions dans notre introduction, chacun a remédié à sa façon au manque de moyens, et dans le cas qui nous occupe nous avons parfois au bataillon une voiture de fortune qui nous suivait et permettait de mettre quelques sacs, un ou deux hommes, bien qu'elle fût encombrée déjà par la caisse de réserve de masques, les tissots, les vêtements anti-gaz. Malgré cela, ce moyen était insuffisant, et surtout pas toujours à notre disposition.

Aussi nous avons eu parfois recours à deux

brouettes porte-brancard, traînées par nos brancardiers, et sur lesquelles nous faisons mettre les sacs des hommes les plus fatigués. Mais quel piètre moyen et quelles fatigues pour nos hommes.

Pris entre ce dilemme : garder avec soi les éclopés, sans avoir aucun moyen pour les transporter, ou les renvoyer au médecin-chef, qui n'en avait guère plus que nous la possibilité, nous nous sommes « débrouillés ». Il faut que, l'expérience aidant, le médecin de bataillon, muni de ce qui lui est indispensable, n'ait plus constamment à « se débrouiller ». Ce sera bien plus profitable à la santé des hommes.

FEUILLÉES ET EAU

Le règlement du Service de Santé en campagne est ici entièrement applicable pour l'établissement de feuillées d'un jour.

Quant à la question de l'eau, on trouve ordinairement les renseignements utiles à la mairie. Sinon la méthode d'analyse chimique immédiate de M. le Docteur Rochaix que nous avons proposée au chapitre III nous permettrait là comme en ligne d'avoir des indications suffisantes en attendant l'examen bactériologique par le laboratoire du G. B. D.

2° AU CANTONNEMENT

L'ARRIVÉE

Que ce soit le cantonnement d'un soir, ou celui définitif du repos, le règlement du Service de Santé en campagne prévoit qu'un médecin par régiment doit accompagner le logement pour s'assurer, avant l'arrivée de la troupe, des points d'eau, de leur potabilité, de l'état sanitaire du lieu, et des épidémies qui peuvent y sévir.

Puisque la guerre actuelle a doté chaque bataillon d'un médecin aide-major et d'un médecin auxiliaire, il y aurait intérêt à appliquer le règlement au bataillon et à voir son campement devancer la colonne avec l'aide-major, puisqu'il est monté. Ainsi toutes dispositions utiles seraient prises au sujet de l'hygiène à l'arrivée de la troupe.

Quand nous ne nous trouvions qu'un médecin par bataillon, nous envoyions toujours avec le campement notre caporal infirmier, qui s'occupait spécialement du logement des brancardiers, du local du P. S. et des questions d'eau et d'hygiène générale.

Voici le bataillon arrivé dans son cantonnement de repos définitif. Que ce soit un repos de tranchée, c'est-à-dire peu en arrière des lignes, ou bien un repos de grand arrière, les indications qui guident les décisions sanitaires seront les mêmes. Seuls les moyens varieront.

Les rangs rompus, le caporal infirmier de campe-

ment amène les brancardiers dans le local qui leur est affecté ; guidant ensuite la voiture médicale, il s'occupe immédiatement de l'installation rapide de la salle de visite, P. S. actuel. Le médecin ayant reconnu les différents locaux envoie son cycliste au médecin-chef avec un compte rendu succinct.

La première visite d'arrivée étant passée, la liaison établie avec le médecin-chef, nous apprend le lieu d'installation de l'infirmérie régimentaire, l'heure de venue chaque jour des autos de ramassage pour les grands malades à évacuer. Les hommes envoyés à l'infirmérie seront pris au P. S. de bataillon par la grande voiture de blessés demandée à cet effet.

INFIRMERIE RÉGIMENTAIRE

Elle n'a pas été prévue en campagne. Certains régiments en ont constitué une. D'autre laissaient les bataillons garder leurs malades légers ou évacuer directement.

Quand elle existait, cette infirmérie régimentaire avait le défaut, pour son fonctionnement, de prélever du matériel sur les bataillons et de n'avoir pour se déplacer aucun moyen de transport.

L'expérience nous a appris qu'il y aurait, il nous semble, intérêt à ce que cette infirmérie soit complètement pourvue. En effet, le médecin de bataillon n'a pas les moyens de constituer une infirmérie. Et s'il n'existe pas d'infirmérie régimentaire il est obligé d'évacuer des hommes qui sont peu gravement at-

teints, mais dont le traitement sera de quelque durée, et qu'il ne pourra emmener en cas de départ.

CANTONNEMENT DU PERSONNEL. — SON INSTRUCTION

La visite étant fixée, le service de ramassage se faisant régulièrement, nous avons toujours eu pour habitude de cantonner nos brancardiers ensemble, ne laissant dans les compagnies que l'infirmier pour parer aux éventualités et prévenir en cas d'accidents.

Cette mise à part des brancardiers a de gros avantages : reprise en main des hommes, leur utilisation facile pour les corvées de propreté, leur rassemblement commode pour leur instruction technique, et aussi pour les mieux connaître et pour mieux s'occuper d'eux.

Le travail de nos brancardiers au repos était réglé comme celui des compagnies, par un tableau de service pour la semaine. Le matin, corvées d'assainissement (entretien des feuillées et trous à ordures). Le soir, instruction technique au sujet des pansements et premiers soins, et aussi exercices de transport réel de blessés, avec le masque sur la figure, donc accoutumance respiratoire progressive à l'effort demandé qui allait croissant pendant toute la période du repos.

Nous profitions également de cette période pour prendre successivement, à la visite du matin, un brancardier par compagnie, afin d'avoir, dans chaque compagnie, des hommes qui fussent capables de remplacer l'infirmier en cas de besoin.

HYGIÈNE

Nous passerons sur les corvées d'assainissement, les eaux potables, étudiées fort complètement dans d'autres ouvrages, pour nous arrêter un peu à l'hygiène des soldats eux-mêmes, puisque c'est dans cette période que l'on peut agir au maximum :

a) Hygiène individuelle. — Les douches, autrefois réduites à l'appareil régimentaire que l'on envoyait successivement à chaque bataillon, sont devenues parfaites grâce aux sections d'hygiène dont nous avons parlé au chapitre II. Cependant, l'appareil régimentaire nous est toujours resté d'une grande utilité dans les cantonnements dépourvus de section d'hygiène. En outre, les deux seaux en toile (Touring) que chaque bataillon possédait, permettaient, en tout lieu, tranchée ou repos, de doucher quelques hommes qui réclamaient de par leur état des soins de propreté constante.

L'épouillage fut surtout réalisé par des formations spécialisées.

Pour le lavage du linge, le médecin demandait au commandement de laisser chaque semaine un temps suffisant de repos, afin que les hommes y pourvoient plus volontiers, sans prendre sur leurs heures de tranquillité.

Des bains de rivière, pendant l'été, furent organisés, tout comme en temps de paix, avec l'assistance des infirmiers.

b) Hygiène collective. — Le couchage des hommes au moyen de fils de fer et de treillages tendus sur un châlit isolé du sol donna d'excellents résultats.

La visite de santé était passée le moins rapidement possible, surtout dans les cantonnements où les maladies vénériennes avaient beaucoup de chance de sévir.

Quant aux permissionnaires partants ou rentrants, nous les voyions à la visite médicale journalière, une colonne spéciale leur étant réservée sur le cahier de visite.

VACCINATIONS

Le repos était souvent consacré aux vaccinations jennériennes et antityphoïdiques. Ce ne fut pas là une des moindres difficultés que rencontra le médecin de bataillon.

Au point de vue vaccin, avec le T. A. B. nous avons eu très peu de grosses réactions anaphylactiques.

Bien que les hommes se soient habitués peu à peu à cette pratique en en comprenant l'utilité, il fallait une discipline rigoureuse et une surveillance active pour que ceux qui étaient désignés n'échappassent pas à l'opération.

Le défaut que nous avons relevé à ce sujet fut la difficulté de retrouver trace de vaccination chez les hommes qui avaient perdu leur fiche. Bien que cela puisse paraître paradoxal, les renseignements sur un homme changé de corps ou passant d'un bataillon à un autre, étaient parfois d'un mutisme absolu au

sujet des injections qu'il avait pu recevoir. La fiche verte était, en effet, facile à perdre. Mais il était si simple cependant de tenir à jour un dossier des hommes du bataillon avec le nombre et la date des injections reçues ou des contre-indications présentées. Le médecin-chef ayant un double des listes de chaque bataillon, et chaque compagnie possédant le même état, l'on pouvait retrouver tous les renseignements utiles à n'importe quelle date, même pour un homme muté depuis longtemps.

CONFÉRENCES

De temps à autre, tout comme en temps de paix, il est bon de faire aux hommes, durant cette période de petites conférences sur l'hygiène générale, les maladies vénériennes, les maladies évitables, l'alcoolisme, la protection contre les gaz. A la condition d'être courtes et simples, elles sont ordinairement écoutées avec intérêt (surtout celles qui traitent des gaz).

CABINET PROPHYLACTIQUE

On peut profiter également de ces causeries pour rappeler aux hommes l'existence au P. S. d'un cabinet prophylactique et de la nécessité de son emploi contre les maladies vénériennes.

Après avoir à cet effet aménagé un local séparé et clos, avec un infirmier de service quotidien, nous avons vu les hommes y venir peu à peu assez volontiers.

tiers, de même qu'à la suite des causeries sur les maladies vénériennes ils se présentaient à la visite au premier signe suspect.

Ne faut-il pas les encourager dans ces idées qui peuvent éviter pour l'avenir tant de désastres personnels et familiaux ?

CHAMBRE A GAZ

Enfin la période de repos ne s'écoule pas sans que chaque compagnie passe une fois au moins dans la chambre à gaz. Un court exposé sur la manière de mettre le masque précède cet exercice en même temps qu'une revue individuelle de la mise du masque est faite très soigneusement.

Malgré cette pratique répétée, on voyait encore en 1918 des hommes qui ne savaient pas ajuster eux-mêmes leur masque convenablement. C'est dire qu'une insistance multipliée est indispensable.

Dans l'atmosphère toxique, réalisée au bromure de benzyle, et suffisamment dense pour que les soldats croient à une réalité dangereuse, le médecin fait d'abord la démonstration du changement de masque rapide sans respirer, puis le fait exécuter aux hommes afin qu'ils prennent confiance et, le cas échéant, ne s'exposent pas à de lamentables accidents par un affolement dû à l'inexpérience.

Dans la revue rapide de cette période, nous n'avons voulu que rappeler les principales choses dont doit

s'occuper le médecin et éviter les redites avec les autres travaux qui ont traité tout ou partie de ces sujets. C'est pourquoi nous n'avons insisté sur nulle chose. Qu'en vertu de l'intention on nous le pardonne, malgré l'intérêt qu'elles présentent.

CONCLUSIONS

I. — ACTION SANITAIRE DU MÉDECIN DE BATAILLON

A) *Hygiène*. — Elle est applicable surtout en secteur calme et au repos. Là se rangent :

a) La protection individuelle, la protection collective contre les agents atmosphériques, les germes pathogènes (lutte contre les poux, les rats, les mouches, les moustiques), les foyers d'infection, le péril des aliments.

b) Le péril de l'eau. A ce sujet, rappelons la méthode que propose M. le Docteur Rochaix (de Lyon), pour l'analyse immédiate et sur place, qui serait précieuse pendant les attaques, en attendant le contrôle bactériologique.

c) La désinfection, l'assainissement du secteur.

d) Les inhumations, la toilette du champ de bataille.

e) La propreté corporelle des hommes, tant au repos que dans la tranchée.

Et si nous avons effleuré quelques-unes de ces

questions en négligeant les autres, c'est uniquement pour éviter des redites, tout particulièrement avec l'ouvrage du M. A.-M. Dalidet.

B) *Action morale du médecin de bataillon.* — Elle se rapporte à l'hygiène, et nous la placerons à côté d'elle, puisque le médecin est en contact immédiat et constant avec les hommes, par conséquent appelé de par ses fonctions à les bien connaître.

Cette action peut être très grande, à la condition d'être bien comprise, régularisée et obligatoire. Elle englobe l'instruction technique du personnel sanitaire, l'éducation hygiénique du soldat par des causeries, des exemples, une surveillance constante de ses conditions d'existence.

Et il nous a toujours semblé que dans la guerre, comme dans la paix, cette action pouvait porter ses fruits bien au-delà du temps que le soldat passera sous les drapeaux.

C) *Protection contre les gaz.* — Actuellement, organe du commandement, elle nous a paru ressortir du rôle sanitaire, et nous avons dit comment.

D) *Soins médicaux.* — Ils seront meilleurs et plus faciles à donner dans des postes de secours construits suivant les nécessités de la guerre actuelle.

E) *Evacuations.* — Il faut que le médecin de bataillon les prévoie, les prépare, et plus tard les assure avec le plus de rapidité et le plus de moyens possibles.

Elles entraînent avec elles, plus encore que les

autres questions, la liaison étroite du commandement et du Service de Santé, le matériel spécial à adapter aux différentes conditions de combat.

II. — MODIFICATIONS QUI SEMBLENT NÉCESSAIRES

Nous avons constaté qu'il nous manquait encore :

a) *Au point de vue du matériel roulant*, des moyens de transport pour chaque service de santé de bataillon, c'est-à-dire quatre voiturettes (le type voiturette de mitrailleuse transformée paraît le meilleur).

b) *Au point de vue matériel d'évacuation*, l'emploi généralisé du brancard en toile à perches de bambou interchangeables, concurremment avec les huit brancards du type réglementaire.

c) *Au point de vue effectif*, une augmentation de personnel le portant à huit brancardiers et un infirmier par compagnie, tout en laissant au médecin-chef la libre disposition des musiciens.

d) *Au point de vue matériel d'hygiène*, la dotation, pour le pharmacien régimentaire, d'une sacoche renfermant le nécessaire pour analyse chimique immédiate des eaux rencontrées.

III. — QUESTION DE L'AUTONOMIE DU S. DE S.

Enfin, pour obtenir un plein rendement, il semble nécessaire, comme l'avait déjà proposé, en février 1918, M. le Docteur Mourier, Sous-Secrétaire d'Etat, que le Service de Santé soit constitué en corps de

santé ayant une autonomie complète dans sa spécialité. Tous ses moyens d'action seraient partie intégrante et absolue de lui-même, et il aurait ainsi son génie et son train des équipages. Aux médecins serait enfin donnée l'effectivité du grade de telle façon que, s'ils ont la responsabilité, ils possèdent en même temps les moyens de faire exécuter ce dont ils sont responsables.

Les médecins en général, et les médecins de corps de troupe en particulier, ayant une autorité semblable à celle des autres officiers dans leurs unités, pourront alors, dans toutes les questions qui ressortissent de leur action sanitaire, agir avec le maximum de résultat.

Et le maximum de résultat dans le Service de Santé de corps de troupe n'est-ce pas le maximum de conservation de vies humaines, tant par une hygiène continue, rationnelle, prescrite et surveillée, que par des évacuations bien ordonnées et faites avec le plus de moyens et le plus de rapidité possible ?

Le Président de la Thèse,

Vu :

COURMONT.

Pour le Doyen, l'Assesseur,

Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 septembre 1919.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. DEPERET,

ABRÉVIATIONS

- P. S. : Poste de secours.
P. S. R. : Poste de secours régimentaire.
P. C. : Poste de commandement.
T. C. : Train de combat.
G. B. D. : Groupe de brancardiers divisionnaire.
G. B. C. : Groupe de brancardiers de corps.
S. S. A. : Section sanitaire automobile.
-

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHELAIN. — Contribution à l'étude des gelures de pieds. (Th. Lyon, 1914-1915).
- BERNARD DE SEIGNEURENS. — Contribution à l'étude du transport des blessés dans la tranchée. (Th. Lyon, 1915-1916.)
- BILLOT. — Premier pansement et évacuation des blessés au combat (1914-1915-1916) (Th. Lyon).
- DALIDET. — Du rôle de l'hygiéniste sur le champ de bataille. Th. Lyon, 1917-1918).
- EYMARD. — Considération sur l'hygiène générale des troupes dans la tranchée après 12 mois de campagne. (Th. Lyon, 1915-1916.)
- LACASSAGNE. — Etude sur la pédiculose du corps aux armées. — Prophylaxie et traitement. (Th. Lyon, 1915-1916.)
- LIAUTARD. — De la préparation et de l'hygiène du soldat en campagne. (Th. Lyon, 1914-1915.)
- PRETET. — Le relèvement des blessés sur le champ de bataille et leur transport dans la zone de l'avant. (Th. Lyon, 1914-1915.)
- QUINTERO. — Hygiène théorique et pratique des corps de troupe dans la guerre des tranchées. (Th. Lyon, 1915-1916.)
- VERIT. — Etudes critiques des différents moyens de transport de blessés de la tranchée au poste de secours. (Th. Lyon, 1915-1916.)
- SERRE. — Note sur le poste de secours de bataillon. (Th. Lyon, 1917-1918.)

